Aus den beiden chirurgischen Abteilungen des
Städtischen Krankenhauses am Urban.
(Geh. Rat Prof. Dr. Körte und Prof. Brentano).

Kurzer Ueberblick über

Carcinome

des Unterschenkels und des Fußrückens sowie ein Fall von multiplem Röntgencarcinom nach Lupusbestrahlung.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER
MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE
AN DER
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÆT
ZU BERLIN
VON

MAX GROSSER
OBERARZT
AM
STÆDT. URBAN KRANKENHAUS BERLIN.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion 16. Juni 1920.

BERLIN 1921.
Druck von Carl Siebert, Berlin N24, Elsasserstr. 54.

517

Dekan:

Professor Dr. Rubner.

Referent:

Prof. Dr. Köhler

Geh. Rat Professor Dr. Hildebrand.

Auszug

Im Städtischen Krankenhause am Urban kamen seit seinem Bestehen (10. 6. 1890) nur acht Patienten mit Krebs des Unterschenkels und des Fußrückens zur Behandlung. Diesen Geschwülsten gingen durchweg langdauernde Geschwüre vom Charakter der Ulcera cruris mit allen ihren typischen Eigenschaften voraus.

Ueber das weitere Schicksal dieser 8 Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus habe ich mit Ausnahme von 2, infolge der durch den Krieg hervorgerufenen Verhältnisse nichts erfahren können Fall 5 ist etwa 2 bis 3 Monate nach seiner Entlassung in der Wohnung gestorben, anscheinend an Metastasen. Fall 8 soll geheilt und revidivfrei sein. Es handelt sich um folgende:

Fall 1. 44-jährige Schuhmacherfrau. Aufnahme vom 14. 12. 91 bis 9. 2. 92 wegen Carcinoma pedis dextr. 16. 12. 91 Amputatio cruris (G. R. Körte). 30. 12. 91 Exstirpation der Drüsen in der rechten Fossa ovalis mit Resection eines 10 cm langen Stückes der Vena femoralis (G. R. Körte) Heilung.

Fall 2. 62-jährige Frau. Aufnahme vom 2. 11. bis 10. 12. 92 wegen Ulcera cruris sin. und Carcinoma permagnum cruris dexstri. Amputatio cruris dexstr, (G. R. Körte) Heilung. Nach 7 Jahren 2. Aufnahme vom 2. 5. 99 bis 21. 6. 99 wegen Carcinoma cruris sin., amputatio femoris (G. R. Körte) Heilung.

Fall 3. 44-jährige Töpferfrau. Aufnahme vom 15. 10. bis 23. 12. 94 wegen Carcinom des rechten Unterschenkels Amputatio cruris (G. R. Körte). Heilung.

Fall 4. 45-jähriger Lithograph. Aufnahme vom 22. 3. bis 21. 4. 1900 wegen Carcinoma cruris dexstri. Gritti (G. R. Körte) Heilung.

Fall 5. 63-jährige Frau. Behandelt vom 15. 7. 1900 bis 4. 2. 1901 wegen Ulcera cruris sin. und medulären Carcinoms des rechten Unterschenkels. 22. 10. Gritti (G. R. Körte) 28. 12. Exstirpation der faustgroß gewordenen Leistendrüsen (G. R. Körte) Heilung.

Fall 6. 60-jährige Frau Aufnahme vom 6. 8. bis 12. 8. 10 und vom 18. 8. bis 22. 9. 10 wegen Carcinoma cruris sin., Ablatio femoris (Dr. Ulrichs) Heilung.

Fall 7. 75-jährige Witwe. Aufnahme vom 22. 4. bis 19. 5. 18 wegen Carcinoma pedis dexstri. Amputatio cruris und Exstirpation der Leistendrüsen (Prof. Brentano). Exitus an Erysipel, von der Leistengegend ausgehend.

Fall 8. 61-jähriger Arbeiter. Aufnahme vom 29. 3. bis 1. 10. 19 wegen Carcinoma cruris sin. Zweimalige Exstirpation, zuletzt mit Deckung mit gestieltem Hautlappen (Grosser). Entlassen geheilt mit Markstück grosser granulierender Wunde.

Ueber die Entstehung der schließlich zum Krebs führenden Geschwüre enthalten die Krankenblätter keine Angaben. Zwei Patienten (5 und 8) litten an Krampfadern, die bei der 63-jährigen Patientin (5) bereits seit der ersten unter 12 Geburten bestanden. Der 61-jährige Mann (8) wies am linken Ober- und Unterschenkel nur mäßige Varicen auf. Bei der 75-jährigen Frau (7) war der Krebs auf einem alten syphilitischen Ulcus entstanden. Die vorausgehenden Geschwüre haben niemals Neigung zur dauernden Heilung gezeigt, kurze Zeit geschlossen gewesen sind sie immer wieder aufgebrochen. Die Umwandlung in Carcinom ging im Beginn symptomlos vor sich, bis eine mit Schmerzen verbundene Vergrösserung des Geschwüres, Gebrauchsunfähigkeit der Extremität, Spontanfractur (2 rechts und links, 5) Störungen des Allgemeinbefindens oder eine stärkere Blutung die Patienten zur Behandlung zwangen. Angaben über das Bestehen des Carcinoms vor der Krankenhausaufnahme sind aus der Anamnese nicht zu entnehmen.

Die kleineren Carcinome, die immerhin als Handteller bis handgroß bezeichnet werden, saßen im unteren (5) und im mittleren (8) Unterschenkeldrittel. Im Falle 6 erreichte das Krebsgeschwür die gewaltige Ausdehnung vom Knöchelgelenk bis handbreit unterhalb des Kniegelenks. Dreimal trat die Ulceration cirkulär auf. Sie nahm im Fall 3 die untere Unterschenkelhälfte ein, griff nach vorn auf den Spann und nach hinten auf die Fersenhaut über. Im Fall 2 reichte sie zirkulär von den Malleolen bis handbreit unterhalb der

Patella. Derselbe Patient hatte links ein ringförmiges Uleus des ganzen unteren Unterschenkeldrittels. Am Fuß reichte das Carcinom über den ganzen Fußrücken, im Fall 1 bis an den inneren Knöchel und den inneren Fußrand. Mit der gewaltigen Ausdehnung war gewöhnlich ein Vordringen in die Tiefe unter Zerstörung der Muskulatur und Sehnen, Erosion der Knochen und Fractur derselben infolge Substitution durch Tumormassen, localisierte jauchige Osteomyelitis und Sequesterbildung verbunden, wie an den beiden Unterschenkeln des Falles 2. Im Fall 5 ist die Fibula fracturiert, die Tibia erodiert, im Fall 4 reicht der Tumor unter Erosion dieser beiden Knochen bis tief in das Interstitium, Caries, Sequestration, Ulceration, vollkommene Zerstörung der Muskulatur findet sich im Fall 4. Am Fuß (1) ist der erste Metatarsus angefressen. Im Fall 2 und 4 war die Zerstörung langsam vor sich gegangen, während Fall 5 eine schnelle zerstörende Wirkung in Breite uud Tiefe beobachten ließ. Oberflächlich erschien das Carcinom im Fall 7 und 8. Die Ränder erwiesen sich als derb, scharfrandig, wallartig, gewulstet, an einigen Stellen knollig aufgetrieben (3). Aus den gewulsteten Rändern (8) liessen sich comedonenartig weißliche Pröpfe herauspressen. Der Geschwürsgrund des Krebses bot infolge des fast durchgängig nebeneinander beobachteten Auftretens von Neubildung, Tiefenwucherung, Zerfall derselben, Jauchung und Nekrose der ursprünglichen und vom Carcinom freigelegten Gewebe ein wechselvolles, wenig anziehendes Bild. Flach d. h. hier nur vor der Hand bis ins Unterhautzellgewebe eingebrochen erwies sich das Carcinom in den Fällen 7 und 8, Schrumpfung durch Bindegewebsbildung war nirgends zu finden. Der Grund war ausgefüllt von jauchenden, höckrigen Massen. Die Fälle 1 und 6 zeigten den ausgesprochenen Charakter des tiefgreifenden Carcinoms mit schmierigem jauchendem Grund, daneben papilläre oder knollige Tumormassen, starke Granulationswucherungen, nekrotische Muskeln und Sehnen, zerfallene Neubildungen, zernagte Knochen, graurote Tumormassen, die den Knochen umwucherten und solche, welche in den eröffneten Markraum eingedrungen waren.

Ausgedehnte Ulcera am linken Unterschenkel und am

linken Fußrücken neben ausgedehntem in die Tiefe greifendem Carcinom des rechten Unterschenkels fand sich im Fall 5.

Die regionären Drüsen waren fast durchweg in der Leistengegend wenig beteiligt Nur im Fall 5, der sich überhaupt durch Bösartigkeit auszeichnete, konnte 2 Monate nach der Absetzung des Unterschenkels eine Vergrößerung der kleinen nicht sehr harten Drüsen zu einem faustgrossen derben Tumor festgestellt werden In zwei Fällen (1 und 5) waren sie fest mit der Vena femoralis verwachsen, sodaß sogar einmal (1) die Vene in einer Ausdehnung von 10 cm reseziert werden mußte.

Die Behandlung war entsprechend der Schwere und der Ausdehnung der Erkrankung bis auf den einen Patienten (8) eine operative. Bei dem conservativ behandelten Kranken (8) wurde zunächst Auskratzung, Röntgen- und Radiumbestrahlung versucht. Als wieder ein lokoles Recidiv auftrat, wurde das Ulcus in toto unter Mitnahme einer flachen Knochenscheibe aus der vorderen Tibiafläche exstipiert und der Defect durch einen gestielten Hautfettlappen aus dem anderen Unterschenkel gedeckt. Heilung ohne lokales Recidiv bis auf eine Markstückgroße, grannulierende Fläche.

Die mikroskopische Untersuchung stellte durchgehend ein Plattenepithelcarcinom fest mit reichlicher Stroma- und Hornperlenbildung nur im Fall 5 war die Beteiligung des Stromas eine auffallend geringe.

Im Jahre 1911 kam ferner ein damals 14 jähr. Mädchen zur Aufnahme und im Anschluß daran zur mehrfachen Behandlung, bei dem sich bis zum Jahre 1917 auf Röntgenbestrahlung eines Lupus mit multiplem Sitz nach einander ein Hornperlenkrebs am linken Fuß und an beiden Händen entwickelte. Ganz kurz der Fall:

Marta W. 14 Jahre alt, erste Aufnahme vom 14. 5. bis 6. 6. 11 wegen Hauttuberkulose und Röntgencarcinom der linken Hand. Amputation etwa in der Mitte des Unterarmes (G. R. Körte), Entfernung der Epidermisverdickungen am linken Fuß und an der rechten Hand. Entlassung geheilt. 2. Aufnahme vom 2. 1. 12 bis 2. 2. 12. wegen Carcinomrecidiv am Operationsstumpf. Exarticulatio humeri sin. (G. R.

Körte). Abkratzen der verhornten Partien am linken Fuß und an der rechten Hand. 3. Aufnahme vom 20. 2. bis 5. 6. 14 wegen Carcinom des linken Fußes. Amputation im Unterschenkel (G. R. Körte), Entlassung geheilt. 4. Aufnahme vom 11. 6. bis 14. 7. 17. wegen Carcinom am rechten Handgelenk Amputation in Oberarmmitte (Prof. Brentano) Entlassung geheilt. Nach Aussage der Mutter ist Patientin im April 1918 unter rapid fortschreitender Abmagerung und hochgradiger Blutarmut an einem blumenkohlartigen, leicht blutenden, jauchenden und stinkenden, mehr als faustgroßen Tumor in der linken Leistenbeuge gestorben. Die Geschwulst war schnell wachsend seit Dezember 1917 aus einem nicht heilenden Geschwür daselbst entstanden. Das Auftreten der Tumoren an den einzelnen Gliedmaßen läßt sich zeitlich genau verfolgen. Nach 4 jähriger Behandlung des Lupus, der mit etwa 3 $^1/_2$ Jahren aufgetreten war, mit Röntgen- und Finsenbestrahlung, waren Geschwüre an der Nase, an den Händen und an den Unterschenkeln abgeheilt. Ausgedehnte narbige Veränderungen, zumteil mit Borkenbildung, Epidermisverdickung und Verhornung waren zurückgeblieben. Oktober 1910, in einem Alter von 13 $^1/_4$ Jahren, war bereits ein Carcinom des linken Handrückens entfernt worden, 2 Monate vorher war der zerfallene Daumen abgenommen worden. Mai 1911 erfolgte die Absetzung im linken Unterarm wegen blumenkohlartigen Carcinoms des ganzen Handrückens und der gesamten Hohlhand, wie Entfernung der Epidermisverdickungen am linken Fuß und an der rechten Hand. Nach 7 Monaten war also ein überaus großes locales Recidiv ohne Beteiligung der Achseldrüsen entstanden. 8 Monate später war der Stumpf des linken Unterarmes durch stinkende, zerfallene Tumormassen keulenförmig aufgetrieben, daher Januar 1912 Exarticulation im linken Schultergelenk und gleichzeitig abermalige Auslöffelung der widerum verhornten Partien am linken Fuß und an der rechten Hand. Glatte Heilung und glatte Narben. 19 Monate später, etwa August 1913 bildete sich ein zweimal mit Röntgenbestrahlung behandelter Tumor, der Februar 1914, also 6 Monate später, den ganzen linken Fußrücken einnahm. Zweimalige Auskratzung der Lupusveränderungen am linken Fuß

hatten nach $2^1/_4$ Jahren das Carcinom nicht zu verhindern vermocht. An der rechten durch Contracturen verkrüppelten Hand zeigten sich Februar 1914 wieder in den Narben typiche Lupusveränderungen, die abermals entfernt wurden. $2^1/_2$ Jahre etwa blieb Patientin geheilt, bis etwa Juni 1916 eine schmierige Ulceration an der Streckseite des rechten Handgelenks auftrat, die sich bis Juli 1917 zu einem handtellergroßen, blumenkohlartigen Carcinom auswuchs. $4^3/_4$ Jahre nach ddr Amputation im linken Unterschenkel ist Patientin an einem Recidiv der linken Leistendrüsen cachectisch zu Grunde gegangen.

Histologisch handelt es sich jedesmal um einen Plattenepithelkrebs mit Hornperlenbildung.